

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

694^{N°}

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SARAZIN Jacques, Pierre

Né le 1^{er} Septembre 1929, à Villejuif

Présentée et soutenue publiquement le

**LE SERVICE DES TUMEURS DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL
HISTORIQUE ET ACTIVITE**

Président : M^r MOREAU, Professeur.

Ets. GERMAIN
92, Rue de Rennes
PARIS-VI^e
1957

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SARAZIN Jacques, Pierre

Né le 1^{er} Septembre 1929, à Villejuif

Présentée et soutenue publiquement le

LE SERVICE DES TUMEURS DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL HISTORIQUE ET ACTIVITE

Président : M^r MOREAU, Professeur.



Ets. GERMAIN
92, Rue de Rennes
PARIS-VI^e
1957

FACULTE DE MEDICINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SARASIN Jacques, Pierre

Médecin, 12, rue de Valenciennes, 105, à Paris

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LE SERVICE DES TUMEURS DE L'HÔPITAL SAINT-MICHEL

HISTORIQUE ET ACTIVITÉ

Président : M. MOREAU, Professeur.

ÉD. GERMANN

105, rue de Valenciennes

PARIS-VI

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.),
 Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.)
 Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.)
 Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier
 (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.),
 Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper
 (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mon-
 dor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.),
 Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

M.M.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DE LARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Edu- cation physique & aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et so- ciale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
Cliniques	QUENU (J.)
(Cochin	MENEGAUX (G.)
chirurgicales	MOULONGUET (P.)
(Hôtel Dieu	
(Salpêtrière	
Clinique chirurgicale répa- ratrice & orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie car- dio-vasculaire	de GAUDART-D'AL- LAINES (F.)
Clinique de chirurgie infan- tile & orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNG K-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cuta- nées & syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales & de l'encéphale	DEIAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales { Bichat	JUSTIN-BESANCON (L)
{ Broussais	DE GENNES (L.)
{ Cochin	MOREAU (R.)
{ Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique.	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré & des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Cliniques { Baudelocque	LACOMME (M.)
obstétricale { Port-Royal	VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie.	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique Oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique du pneumo-phtisologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale & sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)

Clinique Urologique.....	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIE (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène & clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Parasitologie & histoire na- turelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale & immuno- logie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale.	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales.	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale.	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chai- re à titre personnel).	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES & AGREGES

Anatomie	DELMAS (A.) pr.s.ch. CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{le} p pr.s.ch. BUSSE (F.)

Anatomie pathologique.....	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie.....	NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale.....	ETTORI J. pr.s.ch. DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)
Biologie médicale.....	BOURLIERE (F.)
Dermato-Syphiligraphie.....	DUPERRAT (F.)
Embryologie.....	TUCHMANN-DUPLESSIS (H) GOUJARD (R.)
Histologie.....	N. N.
Hydrologie.....	CORNET (A.)
Hygiène.....	BOYER (J.) pr.s.ch. DEPARIS (M.) pr.s.ch.
Maladies infectieuses.....	BASTIN (R.)
Médecine légale.....	DEROBERT (L) pr.s.ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail.....	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie.....	DAVID (M.)
Neurologie.....	LHERMITTE (F.)
Obstétrique.....	GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie.....	BREGAT (P.) DESVIGNES (P.)
Orthopédie.....	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie.....	AUBRY (M.) MADURO (R.)

Parasitologie BRUMPT (L.C.)
CHABAUD (A.)

Pathologie chirurgicale ABOULKER (P.)
BARCAT (J.)
BAUMANN (J.)
CAUCHOIX (J.)
DUBOST (C.)
FAUREL (J.)
FIABEAU (F.)
GERMAIN (A.)
GOSSET (J.)
LAURENCE (G.)
LORTAT-JACOB (J.)
MATHEY (J.)
OLIVIER (Cl.)
POILLEUX (F.)
THOMERET (G.)
VERNE (J.M.)

Pathologie expérimentale LOEPER (J.)
MAURICE (P.)

Pathologie médicale BOUDIN (G.)
BOUVIER (J.B.)
BRICAIRE (H.)
BRISSAUD (H.)
CASTAIGNE (P.)
CONTE (M.)
DEROT (M.)
DOMART (A.)
LAMOTTE (M.)
LAROCHE (C.P.)
MACREZ (C.)
MILLIEZ (P.)
PEQUIGNOT (H.)
PERRAULT (M.)
RAMBERT (P.)
ROYER (P.)
THIEFFRY (St.)
TURIAF (J.)
WOLFROMM (R.)
N.

Pédiatrie JOSEPH (R.)
MOZZICONACCI (P.)
POLONOVSKY (Cl.)

Pharmacologie	CHEYMOL (J.) pr.s.ch. LEVY (Mlle J.) pr.s.ch.
Physiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	DJOURNO (A.) pr.s.ch. GOUGEROT (L.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiâtrie	PICHOT (P.)
Psychiâtrie infantile	MICHAUX (L.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent
MM.

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) HAGUENAU (J.) pr.s.ch. KOURILSKY (R.) MARCHEL (G.)
Clinique neurologique	DE SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiâtrique	BARUK (H.)

Secrétaire général de la
Faculté.....

M. MOREL (J.)

Secrétaire.....

Melle CHAINTREUIL

Conservateur, chargé de la
direction.....

M.le D^r HAHN (A.)

Conservateur.....

Melle GOICHON (A.)

Bibliothécaires

Mlles DUMAITRE (P.)
LAURENT {H.}
LE NOIR {G.}
QUIEVREUX {E.}

Par délibération en date du 9 décembre
1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises
dans les dissertations qui lui seront présentées,
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune
approbation ni improbation.

A MON PERE

dont l'exemple m'a attiré vers la
carrière médicale.

A MA MERE

Son affection fut mon meilleur guide
Qu'elle trouve ici l'assurance de
mon amour filial.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU

Officier de la Légion d'Honneur
Professeur de clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine.

Qui nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence
de cette thèse. En hommage de notre
profonde reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MONSIEUR LE DOCTEUR LUQUET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel

A MONSIEUR LE DOCTEUR SERRAND

Electro-radiologiste de l'Hôpital Saint-Michel

En témoignage de reconnaissance pour le merveilleux enseignement qu'il nous a prodigué pendant notre internat.

Qu'il soit assuré de notre profonde admiration et de notre respectueux dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RECAMIER

Chirurgien-chef de l'Hôpital Saint-Michel

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT LEVILLAIN

Qui a éclairé cette thèse de sa propre
expérience et de ses observations
personnelles.

En témoignage de sincère gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FRANCOIS FRENTZ

En témoignage de reconnaissance pour
l'enseignement qu'il nous a donné au
cours de notre internat.

A MONSIEUR AUGUSTE MIGEON

Chevalier de la Légion d'Honneur

Que le plus ancien serviteur de
l'hôpital reçoive ici l'assurance
de toute notre affection.

A MONSIEUR CLEMENT RAMBLIER

Qui fut l'un des pionniers du
laboratoire de recherches.

Qu'il veuille bien accepter tous
nos remerciements pour la documen-
tation qu'il nous a aimablement
fournie.

Avec l'assurance de notre amitié.

SOMMAIRE

- I) HISTORIQUE
 - II) ACTIVITES ACTUELLES
 - A) Traitements antimitotiques
 - B) Traitements palliatifs
 - C) Traitements psychologiques
 - D) Travaux du Laboratoire de Recherches sur le Cancer
 - III) PERSPECTIVES D'AVENIR
 - IV) CONCLUSION
 - V) BIBLIOGRAPHIE
-

I N T R O D U C T I O N

Ce travail a pour but de retracer l'historique du Service des Cancéreux Incurables de l'Hôpital Saint-Michel et de faire un parallèle entre les traitements palliatifs anciens et les thérapeutiques actuelles.

I

HISTORIQUE

L'histoire du service des cancéreux inopérables est liée étroitement à l'histoire de l'hôpital Saint-Michel lui-même.

C'est en 1888 dans le quartier de Vaugirard que fut fondé l'hôpital Saint-Michel. Ce fut tout d'abord un immeuble situé au milieu d'un jardin ombragé, retiré au fond d'une impasse, la rue Dombasle. Le premier chirurgien fut le Docteur MICHAUX assisté de deux internes et aidé parfois par ses maîtres BAR et PEYROT. Avec des moyens fort rudimentaires, l'installation de la salle d'opération se résumait à des tables de bois faciles à laver, 100 opérations furent réalisées et en particulier la première cholecystectomie faite en France.

En 1889, le Docteur MICHAUX est assisté du Docteur Joseph RECAMIER. La nomination du Docteur MICHAUX au titre de chirurgien des Hôpitaux amène, en 1894, la nomination du Docteur Joseph RECAMIER qui devient chirurgien-chef de l'Hôpital.

L'arrivée du Docteur Joseph RECAMIER marque le début de l'histoire du service des cancéreux inopérables de l'Hôpital Saint-Michel. Il est important de souligner que malgré une vie professionnelle extrêmement chargée, avec des soucis de gestion particulièrement aigus, le Docteur RECAMIER a été hanté, tout au long de son admirable carrière par le problème des cancéreux incurables et dans un ouvrage sur le traitement du cancer utérin (1894) il affirmait "la fondation d'un asile pour cancéreux, centre d'assistance et de travail est une idée réalisable; et j'espère qu'un jour, soit une modification des règlements du Calvaire, soit une nouvelle fondation faite dans le sens du

Cancer Wing du Middlesex-Hospital de Londres, créera le centre qui devrait exister à Paris pour l'étude du Cancer et le soulagement des malades inopérables qui en sont atteints.

En 1889 le nombre des lits est de 38; 264 malades furent opérés; mais les chirurgiens de l'hôpital avaient vu passer à leur consultation tellement de malades atteintes de cancer à l'utérus inopérables, qu'il fallut bien en garder certaines jusqu'à leur mort dans la salle des opérées. A l'image du Cancer-Wing du Middlesex Hospital l'on créa donc l'Asile Saint-Vincent. Le Comité loua pour ce faire, une maison voisine : 4 chambres à 1 lit et 1 chambre à 2 lits y furent installées. Deux salles au rez-de-chaussée servirent à la consultation externe et aux pansements. Cet Asile Saint-Vincent, première maison de ce genre à Paris, et peut-être en France, devint indépendant de l'hôpital. Rapidement cet organisme va se développer : de Février à Octobre 1901: 16 malades y sont reçus; le nombre des malades se multipliait, une soeur infirmière fit construire une annexe de 6 lits. Enfin, l'asile fut transféré dans un local plus important.

En 1904 : 81 cancéreuses furent hospitalisées, 44 opérations palliatives furent pratiquées, cautérisations pour la plupart; 38 malades sortirent du service et certaines survécurent 2 ans.

En 1905 : l'asile reçut 70 malades dont 41 moururent.

En 1908 : grâce à la générosité de Madame André Déroulède un pavillon pour 8 cancéreux doublé d'un petit laboratoire est construit; ce fut le pavillon Saint-André.

A cette époque, 400 malades sont entrés à l'Asile Saint-Vincent.

En 1910 : Madame André Déroulède fait raser le vieux bâtiment de Saint-Vincent pour construire l'Asile Saint-Hélène de 32 lits.

Ce pavillon achevé dans la même année se composera de deux corps de bâtiments de deux étages avec chambres d'isolement, lavabos, tisanneries et bureaux pour recevoir les parents des malades, salle d'opération ou de pansements. Mademoiselle Massion installe à ses frais le laboratoire de Saint-André où le Docteur AIME et le Docteur BOBEAU vinrent faire des recherches sur le traitement du cancer. Jusqu'alors, le service de Radiothérapie n'avait eu qu'une installation fort précaire; l'apport du courant alternatif de la ville lui donne un essor certain. Le Docteur LOBLIGEON qui avec obstination s'y était dévoué, en fut la victime et dût être amputé plus tard des suites de lésions dues au rayonnement. A la même époque, le radium fit son apparition dans notre service, grâce à la générosité du baron Denis Cochin.

Monsieur Massion de son côté fit venir d'Allemagne une quantité assez importante de bromure de radium: réserve que sa fille augmentera un peu plus tard.

En 1913 : On peut noter une augmentation des malades cancéreux: 127 entrées, 87 sorties et 40 décès. Les sorties plus nombreuses sont dues à des cancéreux ayant subi une application de radium ou une opération palliative. Ainsi, à la veille de la première guerre mondiale l'hôpital dispose d'un petit service de malades cancéreux. Evidemment, ce résultat semble bien modeste; faute de crédits, le Docteur AIME n'avait pu poursuivre ses travaux. Nous ne disposions pas d'un service de radiothérapie efficace mais cependant, la poussée était donnée et le petit hôpital Saint-Michel pouvait s'enorgueillir d'avoir créé sous la direction du Docteur Joseph RECAMIER, le premier service à Paris de malades cancéreux incurables.

MOYENS THERAPEUTIQUES EMPLOYES AVANT 1914 DANS LES CANCERS INOPERABLES .

La plupart des malades hospitalisés dans le service avant 1914 était en majeure partie constituée de femmes atteintes de cancers de l'utérus ; l'orientation chirurgicale du Dr RECAMIER amenant d'emblée une sélection de cancers gynécologiques.

Le Docteur RECAMIER nous a laissé un traité sur le cancer utérin inopérable et nous pouvons en tirer une mise au point sur le traitement des cancers utérins au début du siècle.

En 1905 : Le Docteur RECAMIER disait : "la proportion des opérables ne serait certainement pas meilleure en France, et, si j'en juge par une pratique personnelle de ces dix dernières années, elle serait loin d'atteindre 20 % et se rapprocherait plus de la statistique désolante de KOOM qui, sur 260 malades, n'en a trouvé que 15 justiciables d'une opération radicale". Plutôt que d'abandonner ces malades aux mains des empiriques, le chirurgien peut et doit les soulager par un traitement palliatif.

TRAITEMENT PALLIATIF DE L'HEMORRAGIE à HYDRORRHEE

"Pour retarder le développement de l'épithélioma du col et lutter contre les hémorragies qui compliquent la forme végétante ou ulcérée, aucun procédé ne vaut le curetage des foyers cancéreux." Le curetage était suivi par une cautérisation. La cautérisation terminée, un tamponnement serré de la cavité à la gaze iodoformée était pratiqué.

Des procédés chimiques furent employés :
injections interstitielles de matières colorantes dérivées de l'aniline; Bleu d'aniline à 11 % très toxique.

- - -

La pyoctanine : violet de Méthylène

Injectons d'alcool.

Aucun de ces procédés ne se révéla efficace et ils furent rapidement abandonnés.

Ligatures atrophiantes des pédicules vasculaires de l'utérus :

Le désir de provoquer l'atrophie d'une tumeur inopérable en diminuant son apport sanguin amena plusieurs chirurgiens à tenter la ligature des artères utérines; les résultats furent d'une inconstance désespérante. Les pansements constituaient un élément important de ce traitement et différents topiques furent employés.

- adrénaline au 1/1000 en applications locales
- poudre ou solution antipyrine
- carbure de calcium

Les injections de solutions antiseptiques étaient multiples : essence de térébenthine, coaltar, chlorure de Zinc, liqueur de Labarraque, permanganate de potasse, solution de formol 1/1000 chloral au 1/1000 qui non seulement est un désinfectant mais avait l'avantage de calmer légèrement les douleurs.

Des traitements des fistules furent tentés mais ils touchaient à une chirurgie qui de nos jours se révèle encore délicate. Certaines interventions d'anastomose furent cependant tentées et réussies à l'époque par Victor PAUCHET.

Point primordial s'il en est le traitement de la douleur hanta les médecins qui s'occupèrent des cancéreux.

En 1905 s'échafaudait déjà le traitement chirurgical de la douleur. J.L. FAURE pratiquait la résection des racines postérieures sacrées. Après cette intervention, J.L. FAURE concluait : "Sans doute ce n'est pas là une chirurgie brillante; la chirurgie des cancéreux l'est rarement,

mais l'opération a atteint le seul but que je me proposais. Elle a soulagé dans une large mesure une malade qui, depuis plusieurs mois, passait ses jours et ses nuits à gémir; je n'avais pas d'autres prétentions".

L'opération de Jaboulay, consistait à injecter une quantité variable de sérum physiologique pour décoller le rectum du sacrum et distendre les filets nerveux antérieurs du plexus sympathique sacré. Des améliorations passagères furent notées et cette méthode fut préférée à la dilatation ano-rectale de Pomet qui cherchait le même résultat d'une manière différente.

Cependant, la plus grande part était laissée au traitement médicamenteux et il rejoignit celui qui est employé à l'heure actuelle par beaucoup de médecins pour le traitement de leurs malades cancéreux.

Notons à part les injections épidurales; LACOMBE obtint des résultats intéressants, mais il faut avouer que les tentatives faites à Saint-Michel furent peu convaincantes. Place était donc faite aux narcotiques et à la morphine.

En conclusion :

Des méthodes multiples furent donc employées et dans l'ensemble elles se révélèrent soit des méthodes d'exception, soit des échecs relatifs. Et l'on peut affirmer que le malade pouvait bénéficier alors de pansements locaux et d'un traitement général de la douleur principalement à base de morphine.

Nous avons laissé de côté le problème plus moral et psychologique et nous reprendrons les effets de l'action morale du médecin dans notre chapitre relatif au service des cancéreux en 1957.

Pendant la guerre de 1914-18, l'hôpital ne resta pas en sommeil, malgré le départ du

Docteur RECAMIER et du Docteur PETIT-DUTAILLIS; le service fut assuré par le Docteur Stéphane BONNET.

La Supérieure de l'époque, Soeur COLARDOT, organise l'hôpital Saint-Michel en hôpital militaire; 78.760 blessés furent soignés au cours de ces quatre années.

Le Service des cancéreux n'en garde pas moins sa destination primitive : l'autorité militaire y envoya les cancéreux militaires incurables, évacués du service de l'Hôtel Dieu qui leur était consacré. L'hôpital fut rendu par l'autorité militaire le 1er Mars 1919.

Le Service des cancéreux entraît alors dans une nouvelle phase : Deux éléments allaient alors évoluer parallèlement. D'une part, le service et la consultation anticancéreux et d'autre part le laboratoire d'anatomo-pathologie et de recherche sur le cancer.

En 1919, le docteur Noël HALLE qui avait été formé par DOMINICI prenait la direction du laboratoire de recherche et d'anatomie-pathologique. Il disposait de quelques rares instruments dans un petit laboratoire vétuste. Citons en particulier un microscope à objectif à immersion à l'eau.

La ligue française contre le Cancer avait été fondée pendant la guerre. A son retour à Paris, le docteur Joseph RECAMIER fit un compte-rendu de cette société. Il envoya donc le vieux rapport qui montrait que dès 1897, Saint-Michel avait cherché très modestement à réaliser un de ces centres contre le cancer que la ligue préconisait et que le manque d'argent seul avait empêché de développer. Monsieur LE BRET, président de la ligue, vint voir le fonctionnement de l'asile Saint-Vincent, s'y intéressa et en parla dans son compte-rendu; non seulement il rendit justice à notre service, mais fit en sorte que la ligue nous adopta.

Madame LE BRET, vice-présidente de la Ligue, se chargea de l'entretien de plusieurs lits et fit une grande publicité pour faire connaître l'asile Saint-Vincent.

Monsieur CALMANN-LEVY, par cet intermédiaire, fit don à l'hôpital d'un appareil de radiothérapie profonde et la Ligue prit immédiatement la charge de six lits gratuits. Plus tard elle nous confia, pour augmenter la provision, du radium en aiguilles et contribua à la fondation de lits, dont la plus importante fut celle de Madame WALDECK-ROUSSEAU.

1923 vit l'arrivée du Docteur RUBENS-DUVAL qui avait été précédé deux ans plus tôt de Monsieur Clément RAMBLIER.

En 1925 le laboratoire de recherches scientifiques de l'asile Saint-Vincent fut ouvert. Melle MASSION devenue Madame BUCAILLE fit construire impasse Sainte-Eugénie, à côté de l'asile, une maison spacieuse où le Docteur RUBENS-DUVAL installa son laboratoire. L'ancienne salle d'opération fut transformée en salle de consultation par le Docteur RUBENS-DUVAL. Les moyens financiers de l'hôpital restaient précaires, aussi le laboratoire de recherches fut-il financé, au début, par le Docteur RUBENS-DUVAL lui-même. Il pratiquait là ses exercices anatomo-pathologiques pour l'hôpital et pour l'extérieur et travaillait en outre à ses recherches sur les extraits de tumeurs amenèrent en 1931 la commercialisation des gloxines.

Il serait injuste de parler du Docteur RUBENS-DUVAL sans parler de son laborantin Monsieur Clément RAMBLIER; ce dernier avait été formé par le Docteur DOMINICI et possédait une solide expérience non seulement dans le maniement du Radium mais encore dans les préparations anatomo-pathologiques. Après 4 ans de guerre, blessé sérieusement à l'avant-bras, Monsieur RAMBLIER entra au service du Docteur RUBENS-DUVAL à la suite de la mort du Docteur DOMINICI, victime du radium. Outre donc, de la préparation des lames et les différents travaux de laboratoire, Monsieur RAMBLIER était chargé de l'extraction chimique des tumeurs et de la mise de l'extrait en ampoules mêmes à des doses dix fois supérieures à la dose-standard.

Il travailla à ces extraits jusqu'en 1931

Le Docteur RUBENS-DUVAL était assisté dans ses travaux par Monsieur Henri BADER, ingénieur-chimiste. En 1914, RUBENS-DUVAL et H. BADER, faisaient d'importantes recherches sur l'étude de l'inoculation des tissus cancéreux et des extraits de tumeurs cancéreuses.

D'après ces auteurs, les extraits de tumeurs cancéreuses contiendraient des produits fort complexes; ils renfermeraient non seulement des substances issues des cellules cancéreuses mais également une certaine quantité de substances provenant du sang, de la lymphe, et du stroma tumoral. Parmi ces substances, certaines, telles que le glycogène, semblent dépourvues d'action thérapeutique, d'autres paraissent toxiques ou pourvues d'action stimulante de la prolifération cellulaire; certaines autres enfin auraient un pouvoir inhibiteur sur cette prolifération et pourraient être alors utilisées comme moyen thérapeutique.

En empruntant à la thèse du Docteur Yves NAU, les conclusions sur les travaux du Docteur RUBENS-DUVAL, la théorie énoncée par RUBENS-DUVAL était la suivante :

1°) La rupture de la synergie humorale, manifestation d'un trouble organique profond, dû le plus souvent à certains facteurs d'hyposphoxyie et d'intoxication tels que sédentarité, suralimentation, surmenage, etc.. constitue le terrain cancéreux, véritable cause conditionnelle de l'apparition et de l'évolution tumorale.

2°) Une fois la tumeur créée à l'endroit d'une irritation chronique quelconque, ce déséquilibre organique s'accroît au point que ses propres réactions de défense, encore existantes à la genèse de la production cancéreuse, se trouvent annihilées, du moins gravement et progressivement compromises, si une thérapeutique n'est alors instituée.

3°) Puisque le cancer ne paraît pas être seulement une affection locale mais aussi une maladie générale, un traitement complet de néoplasies doit donc tendre à supprimer la lésion locale et à remédier au trouble général.

Parmi les médications préconisées comme susceptibles d'augmenter la résistance organique à l'égard du cancer, la thérapeutique par les extraits de tumeurs paraît indiquée. Son efficacité ressort principalement des observations où, employée seule, elle a pu déterminer chimiquement complète des foyers cancéreux.

4°) Pour qu'une telle action puisse se manifester pleinement et demeurer durable, l'adjonction d'un traitement local, chirurgical ou radiothérapique, destructeur des éléments néoplasiques, ainsi que d'un traitement général modificateur du terrain cancéreux par apport de substances manquantes (Mg, Cu, extraits glandulaires) semble, le plus généralement, indispensable.

5°) Par cela même, nous voyons que, loin de se repousser, les divers traitements anti-cancéreux se renforcent au contraire, et se complètent à condition d'être judicieusement choisis et contrôlés: chacun remplissant un rôle bien déterminé, l'un supprimant l'élément néoforme, l'autre visant à la suppression du processus cancéreux et à la formation d'un certain degré d'immunisation spécifique par rétablissement d'un fonctionnement bien équilibré de l'organisme. En effet, cet organisme ne redeviendra lui-même, c'est-à-dire "luttant et vivant" que du jour où il aura retrouvé un nouvel état d'équilibre et d'harmonie intrinsèque .

Tout ceci revient à dire que le traitement du cancer par les extraits de tumeurs est l'oeuvre non d'une thérapeutique, mais des thérapeutiques dans un seul et même but: l'arrêt de l'évolution tumorale et l'immunisation organique, spécifique des néoplasies.

En même temps que ses travaux de recherche sur les extraits de tumeur, la partie clinique n'était pas négligée.

Une consultation de malades cancéreux avait lieu deux fois par semaine et un service d'hospitalisation - hommes et femmes - d'une trentaine de lits, était à la disposition du Docteur RUBENS-DUVAL.

De son côté, le Docteur PETIT-DUTAILLIS faisait une consultation de gynécologie pour cancéreuses et disposait également de lits pour ses malades.

Il orienta ses travaux vers l'utilisation du Radium et en collaboration avec le Docteur RECAMIER, il institua une technique des applications de Radium.

La préparation consistait dans un premier temps en curetage suivi d'une cautérisation ignée. La dose de radium devait donner environ 10 mc d par jour. Les $\frac{3}{4}$ dans le canal utérin, le dernier quart dans les 2 culs de sac vaginaux. Le tout était laissé en place 6 jours; les résultats se révélèrent satisfaisants.

Le service de Radiologie et de Radiothérapie fut refondu en 1926 et transformé. Il fut bâti par Monsieur LABOURET sur les plans préparés par le Docteur SOREL et approuvés par le Docteur BECLERE. Le Conseil Municipal fournit, avec Madame BUCAILLE, une partie des fonds.

1928 vit le départ du Docteur Joseph RECAMIER qui fut remplacé par son fils le Docteur Jacques RECAMIER qui préside maintenant aux destinées de l'hôpital. Le même esprit l'anime et le Docteur Jacques RECAMIER apporte la même aide que son père au service des cancéreux.

1934 fut l'année de départ du Docteur PETIT-DUTAILLIS. Jusqu'en 1948, date de sa mort, le Docteur RUBENS-DUVAL s'occupe du service anti-

cancéreux, s'occupant principalement de la partie laboratoire, la partie clinique et hospitalière fut prise en mains par le Docteur Jacques RECAMIER qui attachait une importance capitale à ce service. A la mort du Docteur RUBENS-DUVAL, le Docteur RECAMIER faisait appel au professeur agrégé GOUYGOU qui prenait donc, en 1948, la direction du service des cancéreux et du laboratoire d'anatomopathologie et de recherche sur le cancer.

De 1948 à 1951, le Docteur Charles GOUYGOU dirige le Laboratoire et le service des Tumeurs de l'Hôpital. Le Docteur Jacques RECAMIER se chargeant des traitements chirurgicaux des cancéreux.

Pendant cette période s'amorce la scission, au sein du Laboratoire, entre les examens biologiques et l'anatomie pathologique, et bientôt ce dernier département affirmera son autonomie.

Dans le service des Tumeurs, les femmes sont hospitalisées au Pavillon Sainte-Hélène et les hommes dispersés dans le Pavillon GUNZBOURG. Mais un grand espoir se fait jour: un Pavillon consacré aux Cancéreux va se construire sur l'emplacement d'anciens bâtiments.

La disparition du Docteur RUBENS-DUVAL risquait de compromettre l'extension du Laboratoire et du Service des Tumeurs et le grand mérite du Docteur GOUYGOU fut de maintenir et de préparer le nouvel essor de ces Services.

En 1951, le Docteur GOUYGOU quitte la Laboratoire, mais conserve la Direction du Service des Tumeurs et appelle le Docteur Robert LEVILLAIN, à qui il confie la direction du Laboratoire d'Anatomie Pathologique, la Consultation et un grand nombre de lits.

Sous la direction du Docteur LEVILLAIN une lente transformation va aboutir à une complète autonomie du Laboratoire d'Anatomie Pathologique qui disposera d'un local et d'un per-

sonnel indépendants du Laboratoire de Biologie.

L'année 1953 verra la création officielle d'un Laboratoire de Recherches sur le Cancer, confié au Docteur LEVILLAIN.

Grâce à la générosité de Madame LEBAUDY, un bâtiment moderne de trois étages, réservé aux Cancéreux Incurables, est érigé; jusqu'en 1956, il abritera 30 malades, les deux salles les plus vastes contenant 6 malades, douze chambres particulières permettant d'isoler les malades les plus atteints ou ceux dont les cancers pourraient être un objet de répulsion pour leurs voisins.

En 1957, le nombre des lits est doublé par suite de l'agrandissement du Pavillon LEBAUDY.

Il faut signaler ici la générosité sans bornes de Madame LEBAUDY et l'aide considérable apportée par les donateurs, souvent anonymes, qui permirent non seulement la construction du bâtiment mais son installation. Le résultat est absolument spectaculaire et l'on voit ainsi que, sans distinction de fortune ou de rang social, tous ces Cancéreux peuvent achever leur vie dans une ambiance paisible, évitant l'agonie dans les immenses salles de malades chroniques ou la pénible cohabitation avec leurs familles.

Un personnel infirmier bien entraîné dispense ses soins sans compter.

Le Pavillon Sainte-Hélène contient encore une douzaine de cancéreux; il sera bientôt démolí pour faire place à un autre bâtiment moderne.

II

ACTIVITES ACTUELLES

A - LES TRAITEMENTS ANTIMITOTIQUES

Il est absolument évident qu'un très grand nombre de malades cancéreux peuvent bénéficier actuellement des immenses progrès de la chirurgie moderne, de l'anesthésie et de l'application des radiations et que certaines localisations tumorales, qui, à la fondation de notre service mettaient d'emblée le patient au-delà de toute thérapeutique efficace, sont maintenant à la portée du praticien.

Mais il n'en reste pas moins qu'après avoir bénéficié dans les différents services de l'Hôpital de multiples thérapeutiques, à un moment plus ou moins tardif, le cancéreux devient un malade incurable dont l'état nécessite des soins extrêmement complexes.

Parmi ces malheureux, un certain nombre sont arrivés à l'extrême limite de leurs forces et l'on ne peut leur donner que des calmants et des soins d'hygiène. Il en reste bien d'autres qui ont épuisé les ressources thérapeutiques courantes mais qui peuvent survivre quelques semaines ou quelques mois, et c'est plus particulièrement vers ceux-là que tendent nos efforts et nous les faisons bénéficier de nos traitements palliatifs qui visent un double but, physique et psychologique, rendre leur fin moins pénible. De 1952 à 1957 nous avons traité ainsi 623 malades. Nous appliquons un traitement de fond à base de colchique et de ses dérivés.

Depuis la retentissante communication de DUSTIN en 1934, montrant l'action mitoclasique de la colchicine, de très nombreux essais de traitement des tumeurs malignes humaines furent proposée par l'alcaloïde du colchique d'Automne. Mais la plupart des thérapeutiques à base de ce produit durent être abandonnées en raison des phénomènes toxiques (diarrhée, vomissements) qu'elles provoquaient. Ces faits incitèrent les chimistes à rechercher des produits dérivés de la colchicine de faible toxicité.

C'est ainsi qu'en 1952, BELLET, présenta devant l'Académie de Pharmacie, un nouveau produit : "le Colchicoside" environ 100 fois moins toxique que l'alcaloïde dont il est dérivé.

Jusqu'à présent, ce médicament n'a pratiquement été utilisé que dans les traitements des maladies allergiques et l'école strasbourgeoise s'est illustrée dans ces recherches à la suite des travaux de MUGLER et de ses collaborateurs. Certains auteurs (Ernest HUANT) ont refusé d'attribuer au colchicoside une action mitoclasique.

Avant l'application des traitements antimitotiques, la durée moyenne de l'hospitalisation pendant les années 1950-1951-1952- a été environ de 5 à 6 semaines, une seule malade étant sortie vivante pendant cette période.

Plusieurs techniques ont été employées ; le premier traitement que nous avons appliqué peut se schématiser ainsi : (T 1).

1ère Semaine : Tous les jours : Vitamines B et C à forte doses. (Nous entendons par Vitamine B tout le complexe vitaminique B).

2ème Semaine : Un jour sur deux : injection intraveineuse de 10 milligrammes de Colchicoside (1 ampoule de 2 cc)
le jour intercalaire : vitamine B. et C - Acide glutamique.

3ème Semaine : 1 jour sur deux : injection intra veineuse de 3 mg de Colchicine. le jour intercalaire : injection intra veineuse de 0,5 g. de glutamate de calcium.

4ème Semaine : 1 jour sur deux : injection intra veineuse de 4 mg de colchicine le jour, intercalaire : injection intra veineuse de 0,5 g. de glutamate de Calcium.

5ème Semaine : 1 jour sur deux : injection intra veineuse de 5 mg de colchicine le jour intercalaire : injection intra veineuse de 0,5 g. de glutamate de calcium.

6ème Semaine : tous les jours : vitamines B et C

7ème Semaine : 1 jour sur deux : injection intra veineuse de 10 mg de colchicoside.
le jour intercalaire : 1000 de vitamine B12

8ème Semaine : 1 jour sur deux : injection intra veineuse de 20 mg de colchicoside.
le jour intercalaire : vitamines B et C

Dose totale au cours du traitement T1 :

120 mg de Colchicoside

36 mg de Colchicine.

Nous avons utilisé également un autre mode de traitement, qui se rapproche de Traitement I (T I) et que par commodité nous avons appelé T2.

1ère Semaine : Comme T1

2ème Semaine : tous les jours : 10 mg de colchicoside
" " " vitamines B et C
" " " acide glutamique

3ème Semaine : Comme la 3ème semaine du T1

4ème Semaine : Comme la 4ème semaine du T1

5ème Semaine : Comme la 5ème semaine du T1

6ème Semaine : Comme la 6ème semaine du T1

7ème Semaine : tous les jours : 10 mg de colchicoside
intra veineux 500 de vitamines B12
intra musculaire.

8ème Semaine : Comme la 8ème semaine du T1.

Dose totale au cours du traitement T2 :
180 mg de Colchicoside
36 mg de Colchicine.

Devant la parfaite tolérance de ces traitements, nous avons pu, tout en restant sous la protection d'une vitamino-thérapie intense, augmenter progressivement les doses de colchicine et de colchicoside.

Et ainsi sont nés les traitements T3 et T4.

T3, durée 8 semaines :

Tous les jours : vitamines
B,C,PP
Acide glutamique et ferments
intestinaux

1ère Semaine : Lundi : 10 mg de colchicoside intra
veineuse

Mardi : id°

Mercredi : id°

Jeudi : 20 mg de colchicoside
intra veineuse

Vendredi : id°

Samedi : id°

2ème Semaine : tous les jours : 30 mg de colchicoside

3ème Semaine : tous les jours : 40 mg de colchicoside

4ème Semaine : tous les 2 jours : 3 mg de colchicine

5ème Semaine : tous les 2 jours : 4 mg de colchicine

6ème Semaine : tous les 2 jours : 5 mg de colchicine

7ème Semaine : tous les 2 jours : 6 mg de colchicine

8ème Semaine : tous les jours : 10 mg de colchicoside
500 de vitamines B 12

Dose totale reçue au cours du traitement T3 :

570 mg de colchicoside intra veineux

54 mg de colchicine intra veineux

T4, durée 8 semaines :

Tous les jours vitamines
B, C, PP
Acide glutamique
Ferments intestinaux.

1ère Semaine :

Lundi 10 mg de Colchicoside
Mercredi 20 mg de "
Vendredi 20 mg "
Mardi (3 mg de Colchicine.
Jeudi)
Samedi (

2ème Semaine :

Lundi (30 mg de Colchicoside.
Mercredi)
Vendredi (4 mg de Colchicine.
Mardi (5 mg de Colchicine.
Jeudi)
Samedi (

3ème Semaine :

Lundi (30 mg de Colchicoside.
Mercredi)
Vendredi (5 mg de Colchicine.
Mardi (6 mg de Colchicine.
Jeudi)
Samedi (

4ème Semaine :

Lundi (40 mg de Colchicoside.
Mercredi)
Vendredi (6 mg de Colchicine.
Mardi (7 mg de Colchicine.
Jeudi)
Samedi (

5ème Semaine :

tous les jours : 40 mg de Colchicoside.

6ème	{	Vitaminothérapie B, C - etc.
7ème		
8ème Semaine		

Dose totale au cours du traitement T4 :

590 mg de Colchicoside

54 mg de Colchicine

Les essais T1 et T2 ont pu être appliqués dans la plupart des cas sans aucun inconvénient, même en dehors du cadre hospitalier.

Les essais T3 et T4 ne doivent jamais être utilisés d'emblée, sous peine de voir apparaître des signes graves d'intolérance : ils sont réservés aux malades ayant facilement subi T1 ou T2.

Nous avons tenté d'appliquer une technique standard qui peut se résumer ainsi : le malade est soumis à T1 pendant 8 semaines. Si les résultats sont encourageants et si le patient accepte de rester à l'Hôpital, il reçoit alors T2 ou T3 ou T4.

Si son état général lui permet de quitter l'hôpital, le traitement T1 est poursuivi en ville pendant 2 mois ; le malade étant régulièrement surveillé à la consultation tous les 15 jours.

Cette surveillance se poursuit après la cessation de tout traitement et elle permet de guetter la réapparition éventuelle des signes fonctionnels qui entraîne une thérapie par le colchicoside intraveineux ou intra musculaire T0 = 10 à 20 mg de colchicoside par jour jusqu'à disparition des signes.

Ces essais n'ont qu'une valeur de schéma, ils exigent une application souple, liée à une surveillance stricte sur la nécessité de laquelle nous ne saurions trop insister.

OBSERVATIONS

- N° 1- M. La. 50 ans, présentant un cancer glosso-épiglottique ulcéré, évoluant depuis un an (Oct. 1953). Avait reçu antérieurement un traitement radiothérapique (8.000 r.). A son entrée présentait une dysphagie complète pour les solides et semi-liquides. Traitement appliqué : T1 puis T2. Résultats : excellents. Malade sorti, ayant repris une vie active.
- N° 2- M. As. 70 ans, présentant un cancer glosso-épiglottique évoluant depuis 5 mois (juin 1954). Avait subi une trachéotomie et un traitement radiothérapique. A son entrée, présentait des métastases ganglionnaires, de la dyspnée, de la dysphagie. Traitement appliqué : T2. Résultat : assez bon sur douleur et dysphagie.
- N° 3- M. Som. 62 ans, présentait un cancer pharyngo-épiglottique, évoluant depuis un an (janvier 1954). Avait subi une trachéotomie et un traitement radiothérapique (9.000 r.). A son entrée présentait des adénopathies cervicales, de la dyspnée, hémoptysie. Traitement appliqué : T2. Résultat : excellent. Malade sorti.
- N° 4- M. Be. Présentant un cancer de la loge amygdaliénne (épidermoïde parakératosique), évoluant depuis 11 mois (mai 1954). Avait reçu traitement radiothérapique (9.000 r.), et électrocoagulations. A son entrée, présentait de la dyspnée, de la dysphagie. Traitement appliqué T1. Résultat : bon sur dysphagie, dyspnée.
- N° 5- M. Leb. 53 ans, présentant un cancer glosso-épiglottique, évoluant depuis 16 mois

(avril 1953). Avait subi une trachéotomie et un traitement radiothérapique. A son entrée présentait une dyspnée ++, une toux violente avec crachats abondants et hémoptysies, nausées. Amaigrissement de 20 kg. Traitement appliqué : T2 + T2. Résultat : décès, mais après une amélioration fonctionnelle considérable et disparition des douleurs.

N° 6- M. W... 63 ans, présentait un cancer du larynx évoluant depuis 13 mois (janvier 1953). Avait subi une trachéotomie d'urgence. A son entrée présentait une dysphagie complète pour les solides et les semi-liquides. Enorme adénopathie carotidienne. Traitement appliqué : T1. Résultat : décès. Mais, après 4 mois 1/2 de traitement, disparition de la dysphagie, diminution nette de l'adénopathie. Mais hémorragie foudroyante.

N° 7- M.P.. 48 ans, présentant un cancer épiglotique, évoluant depuis 16 mois (déc. 1953). Avait reçu traitement radiothérapique (6.000 r.). A son entrée : hémorragie ++, dysphagie importante. Etat cachectique. Traitement appliqué : T1. Résultat : bon. Pas de dysphagie, pas d'hémorragie. A grossi de quelques kgs depuis 3 mois.

N° 8- M.Ro.. 55 ans, présentant un cancer de l'hypopharynx infiltrant, évoluant depuis un an (jan.1954). Avait reçu un traitement radiothérapique (9.000 r.). A son entrée présentait une dysphagie totale (alimentation par sonde). Douleurs ++, Amaigrissement de 15 kg en quelques semaines. Asthénie. Traitement T1. Résultat : décès. Mais, 3 mois après le début du traitement, la dysphagie ayant régressé en partie, la sonde put

être supprimée. Le malade était agité mais ne souffrait plus.

N° 9- M.F.. 65 ans, présentant un cancer glosso-épiglottique, évoluant depuis un an (déc.1953). Avait subi une trachéotomie et un traitement radiothérapique (9.000 r.). A son entrée : douleur +++. Asthénie. Traitement appliqué T1. Résultat : très bon : le malade ne souffre plus, a quitté l'hôpital.

N° 10- M.Ha. 49 ans, présentant un cancer glosso-épiglottique évoluant depuis 10 mois (janvier 1954). A son entrée présentait des métastases cervicales. Douleur ++. Dysphagie importante. Traitement appliqué T1. Résultat : décès, mais auparavant résultats excellents ; 4 mois après avoir repris son travail (menuiserie) le malade est mort d'infarctus du myocarde.

N° 11- Mme H. 55 ans, présentant un cancer de la langue et une tuberculose pulmonaire. Cancer évoluant depuis 13 mois (janvier 1953). Avait reçu radium et radiothérapie. A son entrée : douleurs +++, adénopathie cervicale très volumineuse. Dysphagie importante. Traitement appliqué : T1 + T2. Résultat : très bon sur la douleur.

N° 12- Mme R. 77 ans présentant un cancer du sein, bilatéral (début en 1940). Interventions chirurgicales : ablation du sein droit en 1940, ablation du sein gauche en 1951. Radiothérapie. A son entrée : adénopathie axillaire. Gros foie sensible. Lésions pulmonaires tuberculeuses. Important oedème du membre supérieur gauche. Traitement appliqué : T2 puis T3. Résultat : médiocre.
L'oedème du M.S.G. reste très douloureux.

N° 13- Mme H. 58 ans, présentant un cancer du col utérin, évoluant depuis 7 ans (1947). Stade III. Avait reçu radium. A son entrée : métastases vertébrales L3, L4, L5. Douleur +++. Traitement appliqué T1 + T2. Résultat : excellent : la malade paraplégique, ne souffre plus depuis 4 mois.

N° 14- Mme St. 65 ans, présentant un cancer du corps utérin, évoluant depuis 20 ans (1934, récurrence 1947). Avait subi une hystérectomie subtotale, puis un traitement par radium, puis par Rx. A son entrée, fistules multiples. Douleur +++. Sonde à demeure. Traitement appliqué T1. Résultat : assez bon. Les douleurs diminuent beaucoup. Mais infection urinaire constante.

N° 15- Mme Coq. 70 ans, présentant un cancer du col utérin, évoluant depuis 2 ans 1/2 (1952). Avait subi une hystérectomie, puis traitement par Radium puis par Rx. A son entrée métastases pleuro-pulmonaire. Douleur ++. Traitement appliqué : T1. Résultat : assez bon. Régression de l'œdème pleural. Disparition des douleurs. La malade sort de l'Hôpital.

N° 16- Mme Lh. 48 ans, présentant un cancer du corps utérin (st IV) évoluant depuis 4 mois (nov. 1954). Avait subi une hystérectomie, et un traitement par Rx. A son entrée : métastases ganglionnaires, vertébrales ; subocclusion. Syndrome de Cl. Bernard-Horner. Amaigrissement important (15 kg). Anorexie. Traitement appliqué : T3, Résultat : assez bon. Disparition des phénomènes de sub-occlusion. Diminution de l'intensité du syndrome de Cl. Bernard-Horner.

- N° 17- M^{me} Le. 47 ans, présentant un cancer du col utérin évoluant depuis 5 ans (déc. 1949). Traitement antérieur : hystérectomie, Radium, Rx. A son entrée métastases vertébrales, hépatiques, pulmonaires. Traitement appliqué T1. Résultat : décès ; mais après seulement 15 jours de traitement, les douleurs s'étaient atténuées.
- N° 18- M.Co. 61 ans, présentant un cancer du colon droit, évoluant depuis mars 1955. Des métastases péritonéales rendent impossible l'intervention. Etat de sub-occlusion. Traitement appliqué : T4. Résultat : excellent. Le malade sort deux mois après le début du traitement. A grossi de 6 kg. Ne présente pas de constipation.
- N° 19- M.Lh. 66 ans, présentant un cancer du rectum, évoluant depuis 2 ans (sept. 1952). Avait subi une hémicolectomie gauche. A son entrée, état de sub-occlusion, métastases cutanées +++ ; sonde à demeure. Traitement appliqué : T3. Résultat : décès. Après disparition des phénomènes sub-occlusifs, et diminution des douleurs.
- N° 20- M.Sol. 60 ans, présentant un cancer du côlon transverse, évoluant depuis 6 mois (1954). Avait subi une laparotomie exploratrice. A son entrée, état de sub-occlusion. Traitement appliqué : T4. Résultat : décès, après disparition des douleurs, 2 mois après le début du traitement.
- N° 21- M.B.d'A. 59 ans, présentant un cancer du sigmoïde, évoluant depuis 3 mois (sept. 1954). Porteur d'un anus iliaque droit. Anorexie, amaigrissement, escharres, troubles sphinctériens. Fistules +++. Douleur ++. Traitement appliqué : T2. Résultat : très bon. Fistule vésicocolique fermée. Dispa-

rition des douleurs. Selles normales.

N° 22- M.B...54ans, présentant une tumeur végétante de la vessie, évoluant depuis 18 mois (juillet 1953). Avait subi une cystectomie et un traitement radiothérapique. A son entrée : métastases osseuses. Hématurie. Douleur. Traitement appliqué : T3. Résultat : décès : mort subite par collapsus, mais suppression des douleurs dès la seconde semaine.

N° 23- Mme G...77 ans, présentant un cancer du rein à cellules claires, évoluant depuis un mois (nov.1954). Avait subi une néphrectomie et un traitement radiothérapique. A son entrée : métastases osseuses, douleurs, hématuries. Traitement : T3. Résultat : décès ; mais disparition des douleurs dès la troisième semaine.

N° 24- Mme Jo...80 ans, présentant un cancer du rein, évoluant depuis 4 mois (sept. 1954). A son entrée : métastases hépatiques, douleurs, diarrhée. Traitement appliqué T1. Résultat : excellent : a repris son activité 3 mois après le début du traitement.

Depuis 1956, nous disposons d'un autre dérivé de la Colchicine : la n désacetyl thiocolchicine (R.261). Ce produit est présenté en ampoules de 20 milligrammes, il est théoriquement plus actif et moins toxique que l'alcaloïde. Les doses moyennes sont situées aux environs de 20 milligrammes tous les 3 jours. Le produit est utilisable par voie intraveineuse mais également par voie intramusculaire.

En Juin 1956, une vingtaine de malades avaient été traités avec ce produit nouveau. Il a été bien toléré, mais là aussi, il nous a semblé que l'on avait intérêt à associer l'injection intraveineuse de 20 milligrammes de Cochico-side le lendemain de l'administration de la

désacetyl-thiocolchicine.

Ainsi qu'il est facile de le prévoir, il ne s'agit pas de traitements sans danger ; une surveillance serrée du malade est nécessaire.

D'une façon automatique nous avons instauré la prise quotidienne de la tension artérielle.

- les dosages d'urée tous les 10 jours, et surtout.
- un hémogramme 2 fois par semaine.

Nous pensons en effet que la surveillance de la formule sanguine est l'élément capital de notre traitement et nous nous sommes efforcés d'en tirer parfois des notions pronostiques.

Nous avons recueilli ainsi 911 examens utilisables et établi des groupes correspondants soit au stade de l'évolution, soit au type des tumeurs.

Nous avons noté qu'à un stade très avancé les formules s'homogénéisaient, sauf toutefois pour les malades présentant des hémorragies fréquentes et abondantes. Tenant compte de tous ces faits, nous avons pu établir une formule leucocytaire moyenne.

Afin d'avoir un terme de comparaison, nous avons étudié 393 hémogrammes de malades non cancéreux et 545 hémogrammes de cancéreux arrivés à un stade avancé de leur maladie, non traités par la Colchicine ; nous avons pu établir ainsi, là aussi, des formules leucocytaires moyennes. D'emblée, en comparant les divers résultats, nous pouvons constater, chez les cancéreux traités ou non par la Colchicine :

- une hyperleucocytose modérée ;
- une augmentation du pourcentage des polynucléaires neutrophiles ;
- une lymphopénie marquée ;

- une baisse du rapport lymphocytes
leuco-mononucléaires.

Ce dernier rapport ayant été établi afin de montrer que la baisse du pourcentage des lymphocytes n'est pas seulement due à l'augmentation relative des polynucléaires neutrophiles, mais bien une diminution par rapport au nombre total des leucocytes mononucléaires.

On pourra contester l'intérêt des formules leucocytaires moyennes établies pour chaque catégorie de malades, en réalité, elles n'ont pour but que de faire apparaître les modifications de l'hémogramme les plus grossières ; l'étude des variations du nombre réel, par mm^3 , des éléments leucocytaires ne semble pas apporter, en général, de faits nouveaux.

Aussi, il nous a paru beaucoup plus intéressant de reporter les résultats des hémogrammes des cancéreux traités par la Colchicine sur des graphiques. Il est ainsi beaucoup plus facile de suivre l'évolution de chaque élément sanguin. Voici dans l'ensemble ces résultats :

Hématies : anémie à peu près constante, aux environs de 3.500.000

Hémoglobine : anémie généralement hypochrome

Leucocytes : leur nombre global semble peu influencé par la Colchicine pure (dans deux cas seulement nous avons noté une leucopénie aux environs de 2.000, directement en rapport avec les reprises du traitement colchinique).

Polynucléaires neutrophiles : leur pourcentage va en augmentant vers la phase terminale où ils atteignent alors 85 %.

Polynucléaires eosinophiles : ils présentent une courbe ondulante qui n'est pas en rapport évident avec le traitement.

Polynucléaires basophiles : on ne trouve pas de

variation importante de leur pourcentage.

Monocytes : ils ne subissent que des variations modérées, généralement parallèles à celles des lymphocytes, mais en les précédant ou en les suivant à une semaine d'intervalle.

Lymphocytes : depuis très longtemps nous accordons une importance particulière à la courbe des lymphocytes. Nous tendons à considérer leur pourcentage absolu et leur courbe est intéressante à étudier. En effet, dans 56 cas sur 63, l'augmentation de leur pourcentage correspond à une amélioration très nette de l'état général et à un arrêt de l'évolution clinique de la tumeur.

- les baisses brutales précèdent l'apparition de nouvelles métastases et le décès du malade.
- les courbes en plateau à des niveaux bas (vers 10 %) sont en rapport avec une évolution défavorable malgré le traitement. (souvent mal supporté).
- Par contre, les courbes se maintenant presque toujours au-dessus de 20 % appartiennent à des malades réagissant favorablement au traitement et ayant des survies très prolongées.

Nous ne disposons pas d'un assez grand nombre de numérations concernant les malades traités au désacetyl thiocolchicine, mais dès à présent on peut noter dans beaucoup de cas une réaction favorable de la courbe des lymphocytes.

L'étude de la formule sanguine des cancéreux déjà préconisée par ROUSSY, LABORDE, LEROUX et PEYRE en 1922, par RUBENS-DUVAL en 1923, présente toujours un intérêt considérable.

Elle nous permet actuellement, du fait de la mise en jeu des thérapeutiques éventuellement leucopéniantes (nécessitant une surveillance stricte) d'établir des graphiques qui révèlent les variations de chaque élément sanguin au cours

de la maladie et du traitement qu'on tente d'y apporter.

Pour notre part, nous serions tentés de voir dans la courbe graphique du pourcentage des lymphocytes un témoin de l'évolution de la maladie et malgré l'intervention d'éléments inter-courants possible nous y attachons une grande valeur pronostique.

	Malades non cancéreux 393	Cancéreux sans Colchicine 545	Cancéreux avec Colchicine pure 911	Cancéreux à la désacetyl thio colchicine, 10 à 20 mmg - 150
<u>Leucocytes</u> mm3	6.000	10.000	9.000	10.400
<u>Polynentro</u> %	58	75	74,5	72,5
mm3	3.480	7.500	7.325	7.540
<u>Polyeosino</u> %	4,5	3,5	2,3	2,5
" baso %	0,5	0,5	0,2	0,25
<u>Monocytes</u> %	10	8	8	8,75
mm3	600	800	792	910
<u>Lympho.</u> %	27	13	14	16
mm3	1.620	1.300	1.386	1.664
<u>Rapport</u> <u>Lympho/mononu-</u> <u>cléaires.</u>	0,73	0,61	0,63	0,64

Accidents et Incidents :

En dehors de quelques incidents, à présent bien codifiés, nous avons été surpris par la grande tolérance que présentent certains individus à la Colchicine ; le Colchicoside est toujours bien supporté.

En 1886, Brouardel dans une "Relation médico-légale lue à la Société de Médecine légale concernant l'intoxication criminelle par la colchicine" avait expérimenté cet alcaloïde sur le chien et le lapin et avait décrit les lésions microscopiques que nous connaissons bien maintenant. Il est possible d'affirmer qu'un lapin de 2 kg peut supporter sans dommage une injection

intraveineuse quotidienne de 3 mmg de colchicine.

Incidents Locaux :

Ils ne surviennent qu'avec la colchicine pure et la désacetyl thiocolchicine chez des malades possédant des veines difficiles à trouver ou en état de collapsus.

On voit alors apparaître une rougeur locale, parfois quelques trainées de lymphangite et des adénopathies dans les territoires satellites, mais jamais d'escharres ni de suppuration.

Nous devons noter cependant que dans 1 cas nous avons pu observer une névrite du nerf médian.

Les Incidents Généraux :

Chocs

Ils ne surviennent eux aussi qu'avec la colchicine et la désacetyl thiocolchicine. Avec la colchicine, ils se déclarent soit après la 1ère injection, soit vers la 6ème ou 8ème. Ils peuvent prendre une allure dramatique :

- Frissons
- 40° de température
- Pouls accéléré mais bien frappé
- T A abaissée (maximum à 8-9),
- Sueurs abondantes.

Le malade ne souffre pas ; il n'accuse qu'une faiblesse extrême ; il s'agit d'une réaction asthéo-thermique de Huant.

Avec la désacetyl thiocolchicine, ces chocs ne surviennent le plus souvent, que chez des malades porteurs de tumeurs de l'abdomen ou du petit bassin.

Ces accidents n'ont généralement pas de suites et proviennent le plus souvent d'une susceptibilité particulière du malade ou d'une

erreur thérapeutique (absence de vitaminothérapie intense). Le plus souvent, le traitement n'a pas besoin d'être interrompu ; et, s'il doit l'être, il n'est pas nécessaire de recommencer à la première semaine. A côté de ces réactions impressionnantes, il existe d'autres incidents généraux :

La Diarrhée :

- C'est évidemment un symptôme que l'on rencontre souvent puisqu'elle signe le début d'intoxication par la colchicine à la dose de 3 mg de colchicine tous les 2 jours, par voie intraveineuse, elle n'est pas fréquente et ne prend jamais un caractère alarmant. Avec la désacetyl thiocolchicine certains malades présentent le lendemain de l'injection, surtout si celle-ci a été intramusculaire, des débauches importantes mais transitoires. Nous la traitons par l'absorption de ferments intestinaux, les poudres inertes, le 4560 RP.

La Constipation :

Se rencontre parfois au cours du traitement par le colchicoside, elle cède la plus souvent aux antispasmodiques.

Vomissements :

Ils existent aussi bien avec la Colchicine pure qu'avec la désacetyl-thiocolchicine, mais d'une manière générale nous avons toujours obtenu une cédation rapide de cet incident pénible par l'administration de suppositoires de 45/60 R P.

Douleur focale :

Nous n'avons jamais noté cet accident avec la Colchicine pure. Au contraire, avec la désacetyl-thiocolchicine chez 2 malades nous avons observé la survenue brutale d'une douleur focale lorsque l'on dépasse un seuil, variable pour chaque malade, mais situé aux environs de 20 à 25 milligrammes.

Il s'agit d'une douleur atroce qui siège généralement au niveau d'une métastase déterminée. Cet accès dure de une à trois heures et n'est atténué par aucun anti-algique ordinaire.

Nous avons été frappés par le caractère de détermination topographique précise de cette douleur ; l'emplacement radiologique des métastases correspondait à la localisation exacte de la douleur.

Nous avons reculé devant l'idée qui surgit à l'esprit et qui voudrait faire d'une injection de thio-colchicine un test de détection des métastases osseuses. La méthode semble trop barbare si l'on veut bien considérer la douleur insupportable que ressent le patient. Nous préférons faire appel pour ce diagnostic au Service de Radiologie.

Dans un but préventif, dans le cas de doses élevées de thiocolchicine nous donnons à nos malades, avant l'injection, une antihistaminique de synthèse.

Accidents Sanguins :

Ce sont les leucocytes les plus touchés. Il s'agit le plus souvent d'une leucopénie brutale et souvent intense (agranulocytose) difficile à traiter chez ces malades épuisés.

L'apparition d'une leucopénie implique l'arrêt immédiat du traitement, la mise en oeuvre du Thymonucléate de Sodium et des transfusions sanguines répétées de 200 à 300 grammes.

B - LES TRAITEMENTS PALLIATIFS

Nous disposons ainsi d'un traitement de fond mais que nous sommes obligés d'appliquer d'une manière très souple. Nous y associons des traitements d'ordre plus général qui, sans avoir d'action sur le développement de la tumeur, ont une valeur symptomatique ou purement psychologique.

Ainsi, nous attachons une grande importance à la réhydratation de nos malades et nous pratiquons volontiers des perfusions de sérum glucosé ou physiologique, quotidiennes, voire des perfusions de plasma.

L'expérience montre, lorsque l'état du malade le permet, que le patient et la famille affectionnent particulièrement les "fortifiants". Nous n'omettons donc pas d'adjoindre la prise de quelques ampoules buvables à heures fixes, ces opérations fixent l'attention du malade et donnent souvent par leur action psychologique un résultat non négligeable.

Les différentes localisations tumorales que nous rencontrons parmi nos malades amènent d'emblée la mise en oeuvre de traitements palliatifs complémentaires. Nous allons passer en revue quelques-uns de ces traitements.

a/- Localisation et manifestations aéro-digestives des tumeurs :

Afin de lutter contre l'haleine fétide, nous utilisons les collutoires au novarsénobenzol.

La douleur entraînée par les altérations du cartilage au cours de la radiothérapie cède parfois aux antibiotiques; chez les malades ayant subi de fortes doses de Rx, outre une thérapeutique vitaminique intense, nous avons ajouté avec succès 5 à 10 g d'extrait thyroïdien par jour.

Les chocs et collapsus cardio-vasculaires sont plus fréquents chez les malades traités par la colchicine pure ou la désacetylthiocolchicine.

- Le changement de la canule de trachéotomie semblerait en favoriser l'apparition; aussi, avons-nous toujours à notre portée une perfusion de 125 cc de sérum isotomique additionné d'adrénaline ou nor-adrénaline ou Cortine.

- Le brassard de l'appareil à tension est laissé à demeure pendant l'injection et nous surveillons le retour de la tension à la normale.

- Nous disposons également d'un appareillage d'oxygène qui nous permet de mettre une sonde nasale et d'éviter l'anoxie.

Un de nos malades, dans la phase terminale d'un cancer du larynx, a fait trois chocs successifs qu'il a surmontés grâce à ce traitement et nous avons obtenu une survie de trois mois.

- Les injections d'oxyfernisorbone sodique et de colchicoside nous ont parfois permis de faire régresser un oedème important.

- L'état pulmonaire de ces malades est à surveiller. Ils sont toujours susceptibles d'être atteints de suppurations pulmonaires consécutives aux troubles de la ventilation.

- Les glossites douloureuses sont loin d'être exceptionnelles et sont particulièrement pénibles pour le malade. Nous les avons traitées avec difficulté. Elles sont parfois améliorées par la vitaminothérapie B6 - C - PP - d'une manière spectaculaire, mais aussi par les lavages à l'aide d'un hydrolysate de levure (répété 4 à 5 fois par jour), qui apporte un soulagement immédiat et durable (15 cas qui furent tous améliorés).

Localisations et manifestations digestives :

Nous passerons rapidement sur les problèmes de diététique qui interviennent pour l'a-

limentation des malades porteurs de cancers des voies digestives supérieures. En dehors des aliments concentrés et des préparations spécialisées, signalons cependant l'avantage que notre personnel a tiré de l'emploi des mixers qui permettent d'alimenter avec une certaine facilité beaucoup de nos malades.

Nous utilisons bien sûr les différents antispasmodiques et les divers reconstituants de la flore intestinale.

Parmi les nombreux petits incidents qui émaillent la vie de nos malades, citons le cas du plus grand nombre : les porteurs d'anus artificiel. En effet, ces malheureux, malgré l'intervention, continuent à perdre des glaires et du sang. Ces pertes répétées et incontrôlables finissent par leur rendre la vie intenable. Pendant longtemps les divers essais thérapeutiques n'ont été que des échecs. En 1956, nous avons eu l'occasion de leur administrer des petits lavements à garder de 20 à 40 cc de liquide amniotique; le sujet éprouve une sensation de chaleur locale et l'on note, au bout de 5 à 8 jours, une diminution très nette des sécrétions glaireuses. (Sur 8 cas traités : 6 améliorations très nettes).

b/- Cancer du sein et Métastases :

1)- Métastases osseuses

En dehors de l'hormonothérapie mâle classique, nous avons observé un très grand nombre d'améliorations transitoires (quelques semaines ou quelques mois), avec l'hydrocortisone, la delta-cortisone et la delta-hydrocortisone. Toutefois, il faut noter que la mort du sujet traité par la cortisone et ses dérivés est souvent assez brutale, presque inattendue, précédée d'une euphorie notable. Il faut surveiller chez ces malades l'état de leur tube digestif et craindre l'apparition de gastralgies ou même de réveil d'ulcères gastro-duodénaux parfois latents.

2)- Métastases cutanées :

Cancer ulcéré et récurrence sur cicatrice : Nous avons utilisé une pommade à base de podophyllotoxine qui nous a donné des résultats intéressants dans 5 cas traités. (L'aspect des métastases cutanées se modifie et prend la forme d'une verrue). Il faut prendre la précaution de protéger les téguments environnants. La pommade à l'hydrocortisone nous a donné également des résultats encourageants.

3)- Lymphoedème après mammectomie :

- Le problème est des plus intéressants puisqu'il s'agit de l'un des rares cas où il s'agit de malades qui par ailleurs sont en parfait état.

Les gros bras peuvent apparaître aussitôt après l'intervention et, dans ce cas, une gymnastique bien conçue donne souvent de bons résultats, soit plusieurs années après la mammectomie, et ils sont le plus souvent en rapport avec une récurrence...

Nous avons pu traiter 18 cas de ces gros bras apparus tardivement à l'aide d'hyaluronidase, infiltrée localement avec une aiguille à intradermo-réaction. Nous pratiquons chaque semaine pendant 3 à 4 semaines, 6 injections de 10 unités chacune réparties ainsi :

- 2 au niveau du creux axillaire,
- 2 à la face antéro-interne du bras,
- 1 à l'avant-bras,
- 1 au niveau du dos de la main.

Dans 17 cas nous avons obtenu une amélioration fonctionnelle importante avec modifications de la consistance de ces oedèmes parfois ligneux.

Parfois on a pu noter une diminution nette du volume total du bras. Dans plusieurs cas, les malades, qui ne pouvaient plus coudre ou dactylographier, ont pu reprendre une activité

normale après plusieurs années d'impotence partielle.

Il est bon de remarquer néanmoins que certains cas de lymphoedème énorme nécessitent une thérapeutique plus prolongée. Une de nos malades a été traitée ainsi pendant plus de 8 mois avec trois injections par semaine et nous avons obtenu une fonte complète de l'oedème.

Lorsque les circonstances le permettent, dans l'heure qui suit les injections, nous avons fait pratiquer une séance de massage, de gymnastique ou de rééducation motrice.

Ces résultats sont durables puisque nous suivons régulièrement des malades traitées pendant trois semaines de suite, il y a plus d'un an. Toutefois, il serait peut-être préférable de pouvoir appliquer tous les 6 mois une série d'injections à titre préventif.

Nous n'avons observé aucun incident, ni local, ni général, les injections ne sont pas douloureuses, nous n'avons jamais vu apparaître de métastases cutanées à la suite de ces injections.

c/- Epanchements pleuraux et péritonéaux :

En plus des ponctions évacuatrices rendues nécessaires en raison des troubles de compression, nous avons pu observer des résultats rapides et spectaculaires à l'aide de l'hydrocortisone et de la delta-cortisone.

Toutefois, nous utilisons actuellement une technique qui associe les dérivés de la cortisone et l'extrait thyroïdien.

Ainsi, nous donnons chaque jour à nos malades 30 cg d'extrait thyroïdien et 30 mg de delta-cortisone. En quelques jours, nous notons un accroissement de la diurèse (qui peut atteindre 2 à 3 litres par jour) et une diminution parfois extraordinaire de l'épanchement.

Ce traitement peut être prolongé plusieurs semaines ou plusieurs mois, sans accidents, permettant ainsi de réduire, et d'espacer de plus en plus, les ponctions pendant que l'état général du malade s'améliore.

Nous avons pu observer une douzaine de véritables anasarques avec oligurie (500 cc environ) : en quelques jours, le volume des urines atteint 2 à 3 litres.

d/- Troubles trophiques, fistules, radiodermites

Dans 22 cas traités, nous avons pu obtenir des résultats notables et durables avec un hydrolysate de levure appliqué en solution ou en baume. Très rapidement, après le pansement, le malade éprouve une diminution des douleurs. Dans les cas favorables (rares), la cicatrisation survient entre 2 et 4 semaines.

o
o o

C - TRAITEMENTS PSYCHOLOGIQUES

A côté des traitements antimitotiques, des thérapeutiques palliatives, il a fallu envisager la mise en oeuvre d'une psychothérapie intensive.

Depuis cette année, tous les malades sont logés dans des chambres spacieuses, claires, propres, artistement décorées. En effet, grâce à Madame LEBAUDY, 1957 a vu l'achèvement d'un vaste bâtiment, rassemblant, en un seul immeuble de 4 étages, tous nos malades.

Mais le cadre ne fait pas tout, ce sont les contacts personnels avec ces malheureux qui peuvent leur rendre moins pénible leur affection.

Nous avons multiplié le nombre de visites et contre-visites; des séances récréatives

ont été organisées depuis 1955 et les projections cinématographiques et photographiques permettent de rassembler dans une grande salle une vingtaine de malades, valides ou invalides.

Nous essayons de faire participer les malades à des saynètes et des sketches. Ces activités ne peuvent paraître superflues qu'à ceux qui ne connaissent pas ces malheureux dont l'agonie se prolonge souvent plusieurs mois.

Des postes de T.S.F. sont disséminés dans tout le Service, permettant aux malades d'écouter les émissions de leur choix.

Une bibliothèque permet de répondre aux demandes les plus variées.

Nos malades aveugles ont à leur disposition des électrophones et des disques.

o
o o

D - TRAVAUX DU LABORATOIRE DE RECHERCHES

L'utilisation de la Colchicine et de ses dérivés et d'autres produits antimitotiques (Podophyllotoxine, Actinomycine C) à des doses parfois massives ne pouvait se faire qu'à la condition de disposer d'un Laboratoire de Recherches sur le Cancer, où la toxicité de chaque drogue - utilisée seule ou en association - pouvait être éprouvée.

De très nombreux animaux (lapins, cobayes, souris) durent être utilisés; les contrôles biologiques et histologiques étaient systématiques, les résultats firent l'objet d'un certain nombre de communications aux Sociétés Savantes.

L'épidémie de myxomatose, chez le Lapin, en 1953, permit l'étude des modifications de la substance fondamentale sous l'action d'un virus (Soc. Anatomique - Paris, 7 mai 1953).

Des préparations histologiques en séries furent soumises à la réaction de HOTCHKISS-MAC MANUS, après avoir été traitées au préalable par diverses substances (enzymes variés, hyaluronidase, héparine). D'intéressantes constatations se dégagèrent alors. Elles furent complétées par l'étude de la métachromasie au Bleu de Toluidine, pour des pH variés.

Les conclusions que l'on put en tirer sont semblables à celles des auteurs qui ont étudié les modifications de la substance fondamentale dans les "kystes tendineux" (MM. J. DELARUE, J. MIGNOT, A. ROUSSEL, J. PAYEN).

Cette substance gélatineuse que l'on retrouve au niveau des tumeurs sous-cutanées du lapin a une structure chimique proche de celle du mucus des épithéliomas colloïdes. L'étude comparative des lésions mucoïdes d'origine inflammatoire, dans le cas du myxome de SANARELLI (Soc. Anatomique, Paris - 1er avril 1954) et des flaques de colloïde dans les épithéliomas, fut à l'origine d'une théorie ayant pour but d'expliquer l'apparition de muco-polysaccharides anormaux. Ne s'agirait-il pas en effet de l'apparition prématurée de substances prémucoïdes, se déposant au sein de tissus non différenciés dans le sens sécrétant, du point de vue histologique ?

Ces hypothèses sont du reste comparables à celles émises pour expliquer la formation des mucocèles appendiculaires et la "maladie gélatineuse" du péritoine (Pr. J. DELARUE et ses collaborateurs).

Du point de vue pratique, de nombreuses substances antimitotiques (Colchicine, Podophyllotoxine) et d'autres produits (Héparine, Cortisone...) furent utilisés dans un but expérimental, afin de tenter de traiter les néoformations d'origine inflammatoire que sont les tumeurs sous-cutanées de la myxomatose. Des résultats intéressants ont été obtenus avec l'Héparine par voie intraveineuse.

Il fut possible, en s'entourant de toutes les garanties, d'appliquer, dans des cas particuliers, les résultats obtenus chez l'animal à la pathologie humaine, dans le domaine des Tumeurs cutanées, primitives ou secondaires.

L'apparition, dans l'arsenal thérapeutique, de l'Actinomycine C fut le point de départ de recherches expérimentales, essayant d'expliquer chez l'animal les incidents et accidents survenus en pathologie humaine. Il fut ainsi très facile de mettre en évidence les énormes lésions intestinales, rénales et cardiaques qui pouvaient survenir lorsqu'on utilisait des doses relativement élevées (Soc. Anatomique, Paris, 2 juin 1955).

o
o o

PERSPECTIVES D'AVENIR

Le Service des Tumeurs doit s'accroître mais il ne doit pas rester isolé; pour cela, il doit demander à des spécialistes de venir s'adjoindre aux recherches et aux essais de traitements.

Dès maintenant, le Service de Radiologie, avec les Docteurs SERRAND et FRENTZ apportent une aide considérable au dépistage des tumeurs et des métastases.

Le Laboratoire de Biologie nous apportera bientôt la possibilité de multiplier les examens et bilans pour chaque malade.

Le Laboratoire d'Anatomie Pathologique et de Recherches sur les Tumeurs pourra bientôt entreprendre des recherches systématiques utilisant un grand nombre d'animaux de laboratoire.

C O N C L U S I O N S

Le service des tumeurs de l'Hôpital Saint-Michel qui fut créé en 1889 s'est voué depuis cette date aux malades cancéreux qui ont épuisé les ressources de la thérapeutique courante.

De nombreux traitements palliatifs furent tentés au cours des années passées.

Actuellement, la chimiothérapie anti-mitotique semble freiner l'évolution de certains processus tumoraux.

Depuis 1951, 623 malades ont été ainsi traités, en adjoignant pour chaque cas particulier des thérapeutiques symptomatiques spéciales.

Au service des tumeurs vient s'adjoindre un laboratoire de recherches sur le cancer qui permet de pratiquer des travaux expérimentaux qui ont pour but de contribuer à la lutte contre ce fléau.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

Le Doyen de
la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président de
la Thèse,

R. MOREAU

B I B L I O G R A P H I E

COIGNERAI Pierre -

Des soins à donner avant, pendant et après
les applications de radium pour épithéliomas
inopérables du col. - Paris 1933.

Cérémonie familiale d'adieu au Dr Paul PETIT-
DUTAILLIS.

J.L. FAURE -

Gazette hebdomadaire de médecine et de chi-
rurgie - 1891, p. 1158.

GOUBERT -

De la dilatation ano-rectale comme traitement
des douleurs du cancer inopérable de l'utérus.
Thèse de Lyon, 1900.

GODFROY Jean -

L'Hôpital Saint-Michel, son histoire, son ac-
tivité. - Paris 1939.

C. GOUYGOU, R. LEVILLAIN, J. GARNIER -

Nouvel essai d'application de la Colchicine
et de ses dérivés à certaines tumeurs incu-
rables. - Strasbourg J.M.F., Juin 1956.

JABOULEZ -

Traitement de la névralgie pelvienne par la
paralysie du sympathique sacré. - Lyon Médi-
cal, 24 Février 1901.

LACOMBE Adrien -

La méthode épidurale - Thèse de Paris, 1902.

R. LEVILLAIN, J. GARNIER, J. SARAZIN -

Etude systématique des hémogrammes chez les
cancéreux traités par la Colchicine et ses
dérivés. - Archives hospitalières, Juin 1956.

R. LEVILLAIN -

A propos de la Colchicine et de ses dérivés dans 25 cas de tumeurs malignes. - Archives hospitalières, Avril 1956.

R. LEVILLAIN, J. SARAZIN, C. VEDRENNE -

Application de quelques traitements palliatifs modernes dans un service de cancéreux incurables. - J.M.F. Clermont-Ferrand, Mai 1956.

NAU Yves -

Sur le traitement des néoplasmes par les extraits de tumeurs. - Thèse de Paris, 1936.

PETIT-DUTAILLIS Paul -

Confrontation de diverses méthodes de radium chirurgie de l'épithélioma du col avec d'autres modes de traitement de ce cancer.

RECAMIER Joseph -

Traitement du cancer du col utérin inopérable. Paris 1905.

RECAMIER Joseph -

Histoire de l'Hôpital Saint-Michel de 1888 à 1928.

RUBENS-DUVAL -

Des réactions locales et générales de l'organisme à l'égard du cancer. - Annales de Médecine, n° 1, Janvier 1914.

RUBENS-DUVAL -

Processus histologique de la défense spontanée de l'organisme à l'égard du cancer.

RUBENS-DUVAL -

Radiumthérapie et défense de l'organisme contre le cancer épithélial. - Journal médical français, T. X, n° 3, Mars 1911.

RUBENS-DUVAL -

De l'association de la chirurgie et de la protéinothérapie spécifique des cancers. - Bulletin de la Société des Chirurgiens de Paris - T. XXIII, n° 9, 15 Mai 1931.

RUBENS-DUVAL -

Quelques observations de cancers du corps thyroïde traités par la protéinothérapie spécifique. - Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer. T. XXI, n° 3.

RUBENS-DUVAL -

Tentatives biologiques de traitement du traitement du cancer. Thérapeutique médicale du Dr LOEPER. - id. T.V. Octobre 1932.

RUBENS-DUVAL -

La préparation des globulines des tumeurs en vue de leur utilisation en thérapeutique. - Bull. de l'Ass. pour l'étude du cancer. T. XXI, nov. 1932.

RUBENS-DUVAL -

Sur la valeur de la protéinothérapie spécifique des cancers. Les causes de ses échecs. Bull. de la Société des Chirurgiens de Paris. T. XXV, Juillet 1933.

RUBENS-DUVAL -

Traitement du cancer par les protéines spécifiques (extraites des tumeurs). - Concours médical, 1933.
